

# Mercado De Seguros Médicos

## Formulario para solicitud de apelación

Este formulario es para presentar apelaciones al Mercado de seguros en los siguientes estados:

<b>Alabama</b>	<b>Idaho</b>	<b>Montana</b>	<b>Tennessee</b>	<b>West Virginia</b>
<b>Arkansas</b>	<b>Louisiana</b>	<b>New Jersey</b>	<b>Texas</b>	<b>Wisconsin</b>

Para obtener un Formulario de solicitud de apelación del Mercado de seguros en otros estados, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/can-l-appeal-a-marketplace-decision](http://CuidadoDeSalud.gov/es/can-l-appeal-a-marketplace-decision)

Para presentar una apelación, rellene este formulario y envíelo por correo a esta dirección:

**Health Insurance Marketplace**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0061**

Usted también puede presentar una apelación llamando al Centro de llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325. La presentación de una apelación está limitada a ciertos plazos de tiempo. Por favor lea detalladamente su aviso de elegibilidad para localizar las instrucciones de apelación específicas para cada persona en su familia, incluyendo los plazos en los cuales cada persona puede presentar una apelación. Su elegibilidad tal vez cambie en base a su apelación y, en algunos casos, la elegibilidad de los miembros de su familia tal vez cambie igualmente, aún cuando no presentaran su propia apelación.

Usted puede apelar si piensa que cometimos un error acerca de su elegibilidad o la de sus familiares (vea la página 2 para más información). Por ejemplo, usted puede apelar si piensa que determinamos su elegibilidad erróneamente porque cometimos un error en cuanto a sus ingresos, el tamaño de su familia, su ciudadanía, o su estatus de inmigración o residencia. Si varios miembros de su familia desean apelar sus determinaciones detalladas en su aviso de elegibilidad, indique sus nombres más abajo para que sepamos cuáles son las personas cuyas determinaciones están siendo apeladas.

**Por favor guarde una copia de todos los formularios para sus archivos.**

### APPELLANT 1

(Un "apelante" es una persona que solicita una apelación. Esta sección debe ser rellena por la persona que está solicitando la apelación o por un pariente/custodio.)

1. Nombre de pila	Segundo nombre de pila	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)		Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico			
Dirección		Número de Apt./Ste.	
Ciudad	Estado	Código postal	

**Indique los nombres de otros miembros de su familia que están apelando a través de este formulario.**

**Nombre(s)\***

**APELANTE 2:** \_\_\_\_\_

**APELANTE 3:** \_\_\_\_\_

**APELANTE 4:** \_\_\_\_\_

\* Si existen más personas en su familia que deseen apelar a través de este formulario, por favor adjunte a este formulario una nota indicando sus nombres.





## Apelaciones de denegación de Medicaid

Si se le denegó Medicaid y desea apelar, usted puede solicitar que el Mercado de seguros considere su apelación de Medicaid, así como una apelación en cuanto a su elegibilidad para comprar cobertura a través del Mercado de seguros, y deducciones fiscales y reducción de costos compartidos, si también desea apelar esas determinaciones. También puede solicitar que su apelación de Medicaid sea considerada separadamente por su agencia estatal de Medicaid.

Si usted desea que su apelación de Medicaid sea considerada por su agencia estatal de Medicaid, marque la casilla más abajo, y enviaremos su solicitud a su agencia estatal de Medicaid. Si usted no marca la casilla, su apelación de Medicaid será considerada por el Mercado de Seguros.

**Deseo que mi apelación de la denegación de elegibilidad para Medicaid sea considerada por mi agencia estatal de Medicaid.**

Para averiguar más acerca del proceso de apelación de Medicaid de su estado, llame a su agencia estatal de Medicaid. Visite [CuidadoDeSalud.gov/downloads/appeals-contacts.pdf](http://CuidadoDeSalud.gov/downloads/appeals-contacts.pdf) para obtener una lista de los números de teléfono de la agencia de apelaciones de Medicaid y obtener información acerca de las apelaciones de Medicaid en su estado.

### Representante autorizado (si fuera aplicable)

Usted puede recibir ayuda de un familiar, amigo, abogado, u otro representante, incluyendo un representante autorizado, para presentar una apelación, o para participar en su apelación.

Si usted elige nombrar un representante autorizado, está dando permiso a esa persona para comunicarse con nosotros acerca de su apelación.

**Si usted desea nombrar un representante autorizado, pero aún no lo ha hecho**, rellene la solicitud para nombrar un representante autorizado (Apéndice C) y envíela por correo junto con este formulario de solicitud de apelación. También puede acceder a su cuenta del Mercado de seguros, o llamar al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

**Si usted ya ha nombrado a un representante autorizado, rellene la sección más abajo con su información.** Si nombra más de un representante autorizado para los apelantes que indicó más arriba, adjunte una página adicional y facilite la información tal y como se solicita en las casillas más abajo para cada representante autorizado.

Nombre de su representante autorizado (Nombre de pila, Segundo nombre de pila, Apellido)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Nombre de la organización (si fuera aplicable)

Dirección

Número de Apt./Ste.

Ciudad

Estado

Código postal

### Autorización para divulgar información de impuestos federales y del Seguro Social para su uso en el proceso de apelación

Durante su apelación, tal vez desee compartir la información que utilizamos para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre impuestos federales del Servicio de Rentas Internas (IRS en inglés), incluyendo información sobre su última declaración de impuestos federales, o los ingresos que recibe del Seguro Social, tales como:

- Su estatus declaratorio y si presentó o no una declaración de impuestos
- El número de dependientes que declaró
- Otra información facilitada por ley para determinar elegibilidad para ayuda financiera para pagar por las primas de seguro médico y reducir los costos de su bolsillo por servicios de cuidado médico
- Información acerca de sus ingresos
- El monto mensual actual de sus beneficios del Seguro Social
- El total de trimestres de cobertura médica que usted ha obtenido

**El Mercado de seguros no puede divulgar información de sus impuestos federales o de sus ingresos del Seguro Social sin su autorización. Usted da su autorización para divulgarla al firmar en la página 4.**



## Lea y firme más abajo

La información en esta sección aplica a todas las personas que firman más abajo, incluyendo el apelante(s) y todos los demás adultos en la familia del apelante(s).

Entiendo que al completar, firmar e indicar la fecha más abajo, autorizo al Mercado de seguros a que divulgue información de impuestos federales del IRS y de ingresos del Seguro Social recopilada en base a mi solicitud y otras fuentes de datos que pudieran haber sido utilizadas para determinar mi elegibilidad. Entiendo que esta información puede ser divulgada para su uso durante el proceso de apelación. Cada adulto miembro de la familia debe autorizar la divulgación de su información de impuestos federales e ingresos del Seguro Social firmando más abajo o en un formulario separado. La autorización es válida hasta que la apelación quede concluida o yo notifique al Mercado de seguros de lo contrario.

Entiendo que al completar, firmar e indicar la fecha más abajo, autorizo al Mercado de seguros a que divulgue información de impuestos federales del IRS y de ingresos del Seguro Social junto con otra información en mi archivo de elegibilidad, recopilada en la solicitud que rellené, y otras fuentes de datos que pudieran haber sido utilizadas para determinar mi elegibilidad, a mi representante autorizado y otros miembros de mi familia cuyas firmas aparecen más abajo. Entiendo que puedo solicitar una copia de mi archivo de elegibilidad durante el proceso de apelaciones. Cada adulto miembro de la familia debe autorizar la divulgación de su información de impuestos federales e ingresos del Seguro Social firmando más abajo o en un formulario separado. La autorización es válida hasta que la apelación quede concluida o yo le notifique de lo contrario.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo cual significa que he facilitado respuestas verdaderas a todas las preguntas que he contestado según mis conocimientos. Entiendo que puedo estar sujeto a penalidades bajo la ley federal si facilitara información falsa.

Entiendo que no tengo obligación de rellenar esta solicitud. La estoy rellenando voluntariamente con el propósito de presentar una apelación al Mercado de seguros (o Medicaid o CHIP, si fuera aplicable).

## Firma del apelante 1 únicamente (o pariente, custodio, o representante autorizado, si fuera aplicable)

Entiendo que soy el contacto principal a efectos de la apelación de estas determinaciones de elegibilidad.

---

Nombre del apelante 1 (o pariente, custodio, o representante autorizado, si fuera aplicable) (Nombre de pila, Segundo nombre de pila, Apellido)

---

Relación con el apelante 1 (si fuera aplicable)

Firma del apelante 1 (o pariente, custodio, o representante autorizado, si fuera aplicable)	Fecha de la firma (mm/dd/yyyy)
---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

## Firmas adicionales de los demás adultos en la familia

Todos los adultos indicados en la solicitud de elegibilidad inicial que tengan 18 años de edad o más, que estén o no estén indicados como apelantes en este formulario, también deben firmar para autorizar la divulgación de su información de impuestos federales e ingresos del Seguro Social para su uso durante esta apelación.

Nombre del apelante 2 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Firma del apelante 2 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de la firma (mm/dd/yyyy)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Nombre del apelante 3 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Firma del apelante 3 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de la firma (mm/dd/yyyy)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Nombre del apelante 4 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Firma del apelante 4 <input type="checkbox"/> de un adulto en la familia (si fuera aplicable)	Fecha de la firma (mm/dd/yyyy)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------



## Pasos siguientes

- 1. Le enviaremos confirmación de su solicitud de apelación e instrucciones adicionales:** También le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su solicitud de apelación. Este aviso también le dará una explicación acerca de su cobertura médica mientras su apelación está pendiente. Si existe un problema con su solicitud de apelación, como por ejemplo que falte información o necesitamos esclarecimiento, se lo informaremos y le permitiremos corregir el problema dentro de un plazo específico.
- 2. Revisión de su información:** Revisaremos su solicitud de apelación y cualquier información adicional que usted presente, junto con la información que utilizamos originalmente para determinar su elegibilidad. Tal vez nos comuniquemos con usted para solicitar información adicional o para discutir su apelación. Usted tiene derecho a revisar la información que se está utilizando para resolver su apelación, incluyendo la información en su cuenta electrónica.
- 3. Resolución informal:** Tal vez podamos resolver su apelación informalmente, revisando toda su información y discutiéndola con usted. Después de revisar toda su información y de discutir su apelación con usted, según sea necesario, le enviaremos una decisión de resolución informal explicando su elegibilidad para cobertura médica. Si usted está satisfecho con esta decisión de resolución informal, implementaremos la decisión y cerraremos su apelación. En este caso, usted no tendría una audiencia.
- 4. Audiencia:** Si usted no está de acuerdo con la decisión de resolución informal, puede continuar su apelación en una audiencia. Una audiencia es una reunión formal entre usted y un oficial, durante la cual usted puede explicar por qué piensa que hemos cometido un error en su determinación de elegibilidad.  
  
Su audiencia puede tener lugar por teléfono. Usted puede participar en la audiencia solo, o tener a alguien que participe con usted. Esta persona puede ser un amigo, familiar, abogado, su representante autorizado (si usted tiene uno), u otro individuo. Usted tiene derecho a facilitar información adicional al oficial de la audiencia para ser considerada antes o en el momento de la audiencia. Usted también tiene derecho a revisar toda la información que el oficial de la audiencia estará considerando para su apelación, incluyendo cualquier información de su cuenta del Mercado de seguros. Después de la audiencia, el oficial de la audiencia revisará toda su información y tomará una decisión final acerca de su apelación, la cual le será enviada por correo.

## Cómo presentar información adicional

Usted puede presentar información adicional para apoyar su apelación. Cualquier información que usted presente será revisada junto con la información que ya facilitó en su solicitud y que fue utilizada para tomar la determinación de su elegibilidad. Usted puede presentar información adicional adjuntándola a este formulario o enviándola por correo separadamente a esta dirección:

**Health Insurance Marketplace  
465 Industrial Blvd.  
London, KY 40750-0061**

Si usted la envía por correo separadamente, incluya la información de contacto completa del apelante 1 (tal y como aparece en este formulario), incluyendo nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección de correo electrónico (opcional), y dirección. Si aparecen varios apelantes en este formulario, identifique el apelante(s) específico(s) cuya apelación(es) es apoyada por la información adicional.

## Cómo solicitar una apelación acelerada

Si usted tiene necesidad inmediata de cuidados médicos y un retraso pudiera afectar a su salud gravemente, puede solicitar una apelación acelerada llamando al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325. Visite el sitio Web [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para más información acerca del proceso de apelación acelerado.

## Cobertura médica durante su apelación

Tal vez usted pueda mantener su elegibilidad para cobertura mientras su apelación está pendiente. Si su solicitud de apelación es aceptada, le notificaremos si califica para mantener su elegibilidad mientras su apelación está pendiente.

## Servicios de asistencia en otros idiomas

Si usted necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al centro de llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para acceder a estos servicios de ayuda en otros idiomas.

## Accesibilidad

Si usted tiene una discapacidad y necesita alguna acomodación razonable, acceda a su cuenta del Mercado de seguros o llame al centro de llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para solicitar acomodación. Estas acomodaciones están disponibles y son facilitadas gratuitamente.

## ¿Dónde puedo conseguir más información?

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/can-i-appeal-a-marketplace-decision](http://CuidadoDeSalud.gov/es/can-i-appeal-a-marketplace-decision), o llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

## Privacidad y uso de su información

Mantendremos su información de forma confidencial según lo requerido por la ley. Para más información, lea la Declaración de la Ley de privacidad incluida con este formulario.



## Declaración de la Ley de privacidad

Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier otro documento comprobante, incluyendo números del Seguro Social, bajo la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (Ley No. 111-148), según fue enmendada por la Ley de reconciliación sobre cuidado de la salud y educación de 2010 (Ley No. 111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información facilitada por usted y las demás personas indicadas en este formulario para procesar su solicitud de apelación de elegibilidad para: (1) inscripción en un plan de salud calificado a través del Mercado de seguros médicos federal, (2) para programas de seguro médico asequible, y (3) para certificaciones o dispensas del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, revisaremos toda la información facilitada en el formulario, tal vez verifiquemos cualquier información nueva recopilada a través del proceso de apelaciones, y comunicar con usted o con su representante autorizado. También utilizaremos la información facilitada como parte de la operación en curso del Mercado de seguros, incluyendo actividades tales como verificar la elegibilidad continuada para todos los programas, reportando acerca de y gestionando los programas de seguro médico asequible para las personas elegibles, facilitando supervisión y actividades de control de calidad, combatiendo el fraude, y respondiendo a cualquier preocupación acerca de la seguridad o confidencialidad de la información.

Mientras el facilitar la información solicitada (incluyendo números del Seguro Social) es voluntario, el no facilitara tal vez retrase o le impida obtener cobertura médica a través del Mercado de seguros, obtener pagos adelantados de las deducciones fiscales de la prima, reducciones de costos compartidos, o una dispensa de los pagos por responsabilidad compartida. Si usted no tiene una dispensa del pago por responsabilidad compartida y no mantiene cobertura médica calificada durante tres meses o más durante el año, tal vez tenga que pagar una penalidad. Si usted no facilita la información correcta en este formulario o a sabiendas e intencionalmente facilita información falsa o fraudulenta, tal vez tenga que pagar una penalidad o esté sujeto a otra acción legal.

Para poder verificar y procesar una solicitud de apelación, determinar elegibilidad, y operar el Mercado de seguros, necesitaremos compartir cierta información que recibimos, fuera de CMS, incluyendo:

1. Otras agencias federales, (tales como el Servicio de Rentas Internas, Administración del Seguro Social, Departamento de seguridad nacional y la entidad de apelaciones del Departamento de salud y servicios humanos), agencias estatales (tales como Medicaid o CHIP), o agencias gubernamentales locales. Tal vez utilicemos la información en programas de comparación de datos con cualquiera de estos grupos para hacer determinaciones de elegibilidad o para verificar la elegibilidad continuada para programas de beneficios federales;
2. Entidades de revisión judicial a nivel estatal y federal disponibles según la ley;
3. Solicitantes/suscriptores y representantes autorizados de solicitantes/suscriptores;
4. Contratistas de CMS contratados para desempeñar alguna función para el Mercado de seguros; y
5. Cualquier otra persona según lo requerido por la ley o autorizado bajo la Ley de privacidad en cuanto al Aviso de Sistemas de datos relacionado con esta recopilación (Sistema de intercambios de seguros médicos de CMS (HIX), CMS Sistema No. 09-70-0560, enmendado, Registro federal 78, 8538, 6 de marzo de 2013, y Registro Federal 78, 32256, 29 de mayo de 2013).

Esta declaración proporciona el aviso requerido por la Ley de privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(3)). Usted puede averiguar más acerca de cómo gestionamos su información visitando **CuidadoDeSalud.gov**.

## Declaración de divulgación según la Ley de reducción de trámites (PRA en inglés)

Según la Ley de reducción de trámites de 1995, ninguna persona está obligada a acceder a una recopilación de información a menos que vaya acompañada de un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es el 0938-1207. El tiempo medio estimado requerido para completar esta recopilación de información es de 1 hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, localizar fuentes existentes de datos, reunir los datos requeridos, y completar y revisar la información recopilada. Si usted tiene comentarios acerca de la exactitud del tiempo(s) estimado(s) o sugerencias para mejorar este formulario por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿PREGUNTAS? Visite CuidadoDeSalud.gov, o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).** La llamada es gratuita. Usted también puede averiguar cómo hablar con alguien personalmente, por el Internet, o a través de la línea de ayuda telefónica.

## Asistencia para rellenar esta solicitud

### Usted puede elegir un representante autorizado

Usted puede dar permiso a una persona de confianza para que hable con nosotros acerca de esta solicitud, para que actúe en su nombre en temas relacionados con esta solicitud, e incluso obtenga información acerca de su solicitud y firme su solicitud en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado." Si usted necesita cambiar su representante autorizado en cualquier momento, comuníquese con el Mercado de seguros.

1. Nombre de su representante autorizado (Nombre de pila, Segundo nombre de pila, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de Apt./Ste.
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identidad (si fuera aplicable) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de su solicitud, y actuar en su nombre en todo lo referente a esta solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Únicamente para asesores certificados para completar solicitudes, navegadores, agentes, y corredores.

Rellene esta sección si usted es un asesor certificado para completar solicitudes, navegador, agente, o corredor que está rellenando esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2. Nombre de pila, Segundo nombre de pila, Apellido, y Sufijo		
3. Nombre de la organización		
4. Número de identidad (si fuera aplicable) <input type="text"/> <input type="text"/>		

